

Qualitätsbericht 2022

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

4.7.2023
Fortunat, von Planta, Spitaldirektor

Version 2



Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2022.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2022

Tobias Haefliger
Beauftragter für Qualität
041 875 52 95
tobias.haefliger@ksuri.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitatsgeschehen

Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken auch in herausfordernden Zeiten zur Qualitätsentwicklung bei. H+ ermöglicht ihnen, mit der H+ Qualitatsberichtsvorlage, eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten, die zudem direkt in die jeweiligen Spitalprofile auf spitalinfo.ch übertragen werden können.

Die Covid-19-Pandemie hatte im Jahr 2022 weiterhin einen Einfluss auf die Spitäler und Kliniken. Zur Entlastung wurde während der anspruchsvollen Wintermonate die nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen ausgesetzt. Die Messungen der Wundinfektionen, mit und ohne Implantate, konnten zudem erstmals zeitgleich durchgeführt werden.

Der ANQ konnte die nationalen Patientenzufriedenheitsbefragungen, die nun pro Fachbereich jeweils im Zweijahres-Rhythmus stattfinden, in der Psychiatrie und Rehabilitation erfolgreich durchführen. In der Akutsomatik fand im Jahr 2022 regulär keine nationale Befragung statt.

Im Jahr 2022 hat sich der ANQ zu einem Methodenwechsel bei der Erfassung von Rehospitalisationen entschieden. Neu werden diese mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ausgewertet. Erste Ergebnisse, basierend auf den BFS-Daten 2021, werden dann im Qualitätsbericht 2023 ausgewiesen.

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken, in der aktuellen Berichtsvorlage, erstmals die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten.

Im Qualitätsbericht sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich, inklusive spital-/klinikspezifischen Ergebnissen. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement. Sie stellen mit ihren Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicher. Mit der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	15
4.5 Registerübersicht	16
4.6 Zertifizierungsübersicht	18
QUALITÄTSMESSUNGEN	19
Zufriedenheitsbefragungen	20
5 Patientenzufriedenheit	20
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	20
5.2 Eigene Befragung	22
5.2.1 Patientenbefragungen	22
5.2.2 Patientenfeedbacks	24
5.3 Beschwerdemanagement	24
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	25
9 Wiedereintritte	25
9.1 Nationale Auswertung Rehospitalisationen	25
10 Operationen Die bisherige Messung durch SQLape wurde 2018 mangels Qualität eingestellt. Ein neues Messinstrument ist in Evaluation.	
11 Infektionen	26
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	26
11.2 Eigene Messung	28
11.2.1 Nosokomiale Infektionen	28
12 Stürze	29
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	29
12.2 Eigene Messung	30
12.2.1 Interne Messung Sturz	30
13 Dekubitus	31
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus	31
13.2 Eigene Messungen	32
13.2.1 Interne Messung Dekubitus	32
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	

Zurzeit führen wir keine systematische Auswertung durch.

15 Psychische Symptombelastung
 Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.

16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit
 Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.

17 Weitere Qualitätsmessungen 33

17.1 Weitere eigene Messungen 33

17.1.1 Interne Messungen 33

17.1.2 Punktprävalenzstudie HAI 34

18 Projekte im Detail 35

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 35

18.1.1 Neubau KSU 35

18.1.2 Neues Befragungskonzept 35

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022 35

18.2.1 Teilprojekte Neubau KSU 35

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 36

18.3.1 Rezertifizierung Traumazentrum 36

19 Schlusswort und Ausblick 37

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 38

Akutsomatik 38

Herausgeber 40

1 Einleitung

Das Kantonsspital Uri (KSU) ist ein Akutspital und bietet für rund 37'000 Einwohner des Kantons Uri eine erweiterte medizinische Grundversorgung an.

Als Akutspital hat das Kantonsspital Uri für die Urner Bevölkerung die stationäre erweiterte medizinische Grundversorgung sicherzustellen, ambulante und teilstationäre Patientinnen und Patienten zu betreuen, eine ständige Notfallversorgung sicherzustellen und im Bedarfsfall eine geschützte Operationsstelle zu betreiben. Rund 650 Mitarbeitende sorgen mit hohem Engagement für eine menschliche und kompetente Betreuung der jährlich rund 4'000 stationären Patientinnen und Patienten. Dazu kommen 101'000 ambulante Konsilien und Konsultationen. Das Kantonsspital Uri engagiert sich mit rund 80 Ausbildungsstellen in hohem Masse für einen qualifizierten Nachwuchs im Gesundheitswesen und in nicht-medizinischen Berufen.

Die Qualität steht dabei im Fokus unserer Aktivitäten. Qualitätskennzahlen, zum Teil sehr fachspezifisch, zum Teil übergeordnet, sowie Behandlungsschemata helfen uns dabei, unsere Behandlungsprozesse zu optimieren und unsere Ressourcen zum grösstmöglichen Nutzen für Patienten und Angehörige einzusetzen.

Einer der wichtigsten Erfolgsfaktoren unseres Spitals ist, dass wir stark vernetzt arbeiten und der Behandlungserfolg durch ganze Behandlungsteams sichergestellt wird. Entsprechend interprofessionell und vielschichtig sind die Behandlungsprozesse. Sie basieren auf modernen wissenschaftlichen Standards, werden schriftlich festgelegt, damit neu eintretende Kolleginnen und Kollegen schnell an diese Standards herangeführt werden können. Interdisziplinäre Entscheidungsorgane wie das Tumorboard stellen sicher, dass die Therapie für jeden Patienten individualisiert und optimal gestaltet wird. Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern, so dem Luzerner Kantonsspital als preferred partner, ermöglicht, dass die Bevölkerung des Kantons Uri in der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin eine bedürfnisgerechte und wohnortnahe Behandlung erhält.

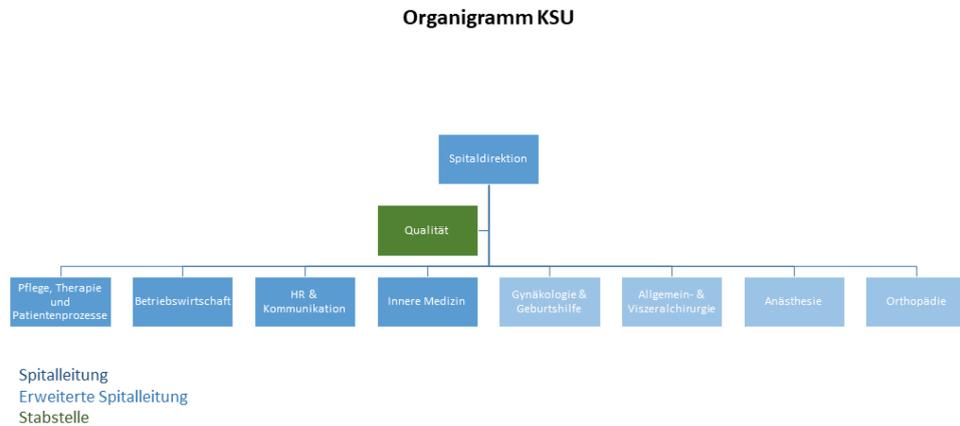
Mit dem Bezug des Neubaus wurde ein Meilenstein erreicht, welcher unsere Aktivitäten über Jahre geprägt hat. Wir hatten die einmalige Möglichkeit, möglichst gute Rahmenbedingungen für die Zukunft zu schaffen. Nun geht es darum, innerhalb dieser Rahmenbedingungen bestmöglich zu arbeiten. Um dieses Ziel zu erreichen, sind die Bedürfnisse der Patienten noch stärker ins Zentrum unserer Überlegungen zu rücken. Das bedingt unter anderem eine intensivere Zusammenarbeit zwischen den Kliniken. Die Erbringung von medizinischen Leistungen ist Teamarbeit, wofür wir die besten Rahmenbedingungen haben und motiviertes Personal.

Es freut uns, Ihnen auch dieses Jahr mit dem Qualitätsbericht einen Einblick in unsere Qualitätsmessungen und -aktivitäten zu geben.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **100** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Tobias Haefliger
Beauftragter Qualität
041 875 52 95
tobias.haefliger@ksuri.ch

Frau Andrea Tresch
Fachexpertin Infektiologie
041 875 51 06
andrea.tresch@ksuri.ch

3 Qualitätsstrategie

Patientensicherheit und eine hohe fachliche Qualität haben oberste Priorität in all unseren Leistungen und Aktivitäten. Dies ist in unserer Unternehmensstrategie festgehalten. Unsere Qualitätsstrategie setzt den entsprechenden Fokus und sichert dessen Umsetzung:

Als Regionalspital fokussieren wir auf unsere Kernkompetenzen in der erweiterten spitalbasierten Grundversorgung und bauen auf gute vertikale wie horizontale Vernetzung. Wir setzen auf «patient first» und punkten bei Patienten und Partnern durch Zuverlässigkeit, das Extra an Menschlichkeit, patientengerechter Kommunikation und einer persönlichen und familiären Atmosphäre mit kurzen Wegen und Wartezeiten. Wir nutzen die Vorteile eines kleinen Spitals für rasches Agieren und zeitnahe Umsetzen von Veränderungen. Wirtschaftliche Aspekte ziehen wir in all unsere Überlegungen mit ein.

Unsere Qualitätsstrategie beinhaltet folgende Grundpfeiler:

- Wir fördern eine **Sicherheitskultur**, geprägt von Wertschätzung, einer offenen und aktiven Fehler- und Lernkultur und Safety Competence
- **«Patient first»** - Unsere Prozesse sind patientenorientiert und unsere Patienten fühlen sich bei uns verstanden, gut aufgehoben und kompetent behandelt
- Wir nutzen und fördern das Potenzial der **Mitarbeitenden** durch eine gute Einführung, Support und Möglichkeiten des kontinuierlichen Austauschs
- **Führung & Transparenz** – Wir schaffen Transparenz und Verbindlichkeit und sichern den kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP)

Für die Umsetzung der Qualitätsstrategie dienen entsprechende Qualitätsgefässe (wie z.B. das Q-Board, Performance Management, Hygienekommission), entsprechende Qualitätsinstrumente (z.B. Messungen, Befragungen, Audits, Lernsysteme), ein Prozessmanagement sowie spezifische Qualitätsprojekte und –programme.

Die Qualitätsstrategie ist auf Ebene Spitalleitung verankert. Das Qualitätsboard und der Beauftragte Qualität sind für die Umsetzung der Qualitätsstrategie verantwortlich. Qualitätskonzept und -strategie werden regelmässig evaluiert.

Die Qualitätsstrategie ist Teil der Unternehmensstrategie. Die aktuelle Unternehmensstrategie wurde vom Spitalrat am 19. April 2023 nach monatelanger Vorarbeit verabschiedet. Die zentralen strategischen Ziele bleiben unverändert: Eine sehr hohe Qualität, bei gleichzeitig akzeptablen Kosten. Diese Zielebenen sind nicht unbedingt gleichgelagert, teilweise widersprechen sie sich sogar. Aus diesem Grunde werden folgende Schwerpunkte gesetzt: Ergebnisqualität, Patientenerlebnis, OP Management, Digitalisierung, Performance Management und Infrastruktur. Diese Schwerpunkte werden in einer bereichsübergreifenden Organisation weiterentwickelt, so dass alle Aspekte der Leistungserbringung berücksichtigt werden. Entsprechend wurde die Aufbauorganisation angepasst. Bspw. erhalten die Kliniken der Operativen Medizin neu einen Platz in der Spitalleitung. Stark gewichtet wird das HR, weil motiviertes und gut ausgebildetes Personal die Basis einer hohen Qualität bei einer gleichzeitig wirtschaftlichen Leistungserbringung ist.

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022

Das Jahr 2022 stand ganz im Fokus der Eröffnung des Neubaus KSU, welchen wir im Juli beziehen durften. Dies prägte die Schwerpunkte des Qualitätsmanagements. Darüber hinaus starteten wir im Sommer mit unserem neuen Befragungsmanagement und dem einhergehenden neuen digitalen Befragungsinstrument.

Qualitätsschwerpunkte 2022:

- Bezug Neubau KSU
- Start neues Befragungsmanagement

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022

Bezug Neubau

Der Bezug eines Neubaus bringt immer gewisse Unsicherheiten mit sich. Nicht alles läuft von Anfang an nach Plan und alle müssen sich in den neuen Abläufen zurechtfinden. Deshalb haben wir uns auch intensiv auf die neuen Abläufe vorbereitet. Natürlich lief nach dem Bezug nicht alles perfekt. Es freut uns aber, dass trotz der vielen räumlichen und organisatorischen Veränderungen und der hohen Belastung der Mitarbeitenden der Bezug des Neubaus insgesamt erfolgreich ablief ohne Einbusse in der Patientensicherheit oder Qualität unserer Leistungen.

Neues Befragungskonzept

Mit dem Bezug des Neubaus starteten wir mit unserem neuen Befragungskonzept und haben Qualität und Patientenzufriedenheit nach Bezug des Neubaus mittels Vor-Ort-Befragungen evaluiert. Das neue Befragungsinstrument erweist sich als sehr nutzbringend und erlaubt uns zeitnahe, individuelle Befragungen, so dass wir rasch reagieren und die Ergebnisse entsprechend zielführend nutzen können.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Nach dem Bezug des Neubaus steht der Fokus in der Festigung und Weiterentwicklung der Prozesse, mit Fokus auf der interdisziplinären Zusammenarbeit, der Kommunikation und der Ergebnisqualität. Hierzu nutzen wir die Möglichkeiten des neuen Spitals, der neuen Organisation, neuen Gefässen und Instrumenten wie z.B. das neue Befragungstool oder das Performance Management.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse, curafutura und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung Rehospitalisationen
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swisnoso
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenbefragungen ▪ Patientenfeedbacks
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Infektionen</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nosokomiale Infektionen
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interne Messung Sturz
<i>Dekubitus</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interne Messung Dekubitus
<i>Weitere Qualitätsmessungen</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interne Messungen ▪ Punktprävalenzstudie HAI

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der laufenden Qualitätsprojekte zur Erweiterung der Qualitätsaktivitäten:

Neubau KSU

Ziel	Planung und Bezug Neubau - einhergehend Reorganisation der Prozesse, Strukturen und Teams
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2013 - 2022
Begründung	siehe weiterführende Unterlagen
Weiterführende Unterlagen	http://www.neubau-ksuri.ch

Patientenzufriedenheit: Neues Befragungskonzept

Ziel	Effiziente Nutzung der Patientensicht und -erfahrung zur Qualitätssicherung und -entwicklung.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Einführung 2022
Methodik	Digitalisiertes Befragungsmanagement mit Echtzeitergebnissen. Flexible Befragungsinstrumente ermöglichen sowohl allgemeine Befragungen wie Punktbefragungen zu spezifischen Themen.

Neues REA-Konzept

Ziel	Evaluation und Reorganisation der Prozesse und Schulungen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2021 - 2022
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Anpassungen im Hinblick auf den Neubau und im Rahmen einer zyklischen Evaluation.

Einführung neue Mitarbeitende

Ziel	Verbesserte Prozesseffizienz und Einführung und Support der Mitarbeitenden
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2021 - 2023
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Projekt im Rahmen des Neubaus und fokussiertes Handlungsfeld des Qualitätsboards

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Qualitätsboard

Ziel	Koordination und Austausch zu operativen und strategischen Qualitätsthemen, Massnahmen und Projekten.
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend (seit 2019)
Begründung	Das Qualitätsboard fördert die effiziente und vernetzte Bearbeitung von Qualitätsthemen und sichert die Umsetzung des Qualitätskonzepts.

Lean Expert Group

Ziel	Lean Expert Group als Treiber und Support Lean Management
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	seit 2019
Begründung	Das KSU setzt in der strategischen Entwicklung und im Hinblick auf den Neubau 2022 auf Lean Management
Methodik	Implementierung einer Lean-Kultur. Fortlaufende Optimierung von Prozessen. Implementierung von Huddle-Boards und KVP-Prozessen. Support der Teams.

Sicherung Nachhaltigkeit OP-Procedures & -Hygiene

Ziel	Patientensicherheit, effiziente Prozesse und Zusammenarbeit
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital, OP
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend
Begründung	Die konsequente Anwendung der OP-Checkliste, Hygienestandards und der einhergehenden Prozesse sichern massgeblich die Patientensicherheit. Die laufenden Aktivitäten dienen der Sicherung der Nachhaltigkeit und Weiterentwicklung des nationalen Pilotprojekts "Progres! Sichere Chirurgie" sowie der Hygieneprogramme nach Swissnoso/SSI.
Methodik	interne Audits
Weiterführende Unterlagen	www.patientensicherheit.ch

CIRRNET

Ziel	CH Netzwerk von Spitälern mit CIRS
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend
Methodik	Austausch, Aktionen, Implementierung Quick-Alerts, Einsitz im Ausschuss

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz (MoMo)

Ziel	Retrospektive Analyse und Aufarbeitung von Komplikationen, ungewöhnlichen Behandlungsverläufen und unerwarteten Todesfällen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend

KIS / Elektronische Patientendokumentation

Ziel	Erhöhung der Patientensicherheit und Effizienz durch nutzerorientierte und transparente Dokumentation sowie Verbesserung des Informationsflusses.
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Ziel	Systematische und nachhaltige Förderung der Gesundheit der Mitarbeitenden
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend

Meldeportal Vigilance (Materio-, Pharmako- & Hämovigilance)

Ziel	Erfassung von internen und externen Vorkommnissen mit Medizinprodukten, Medikamenten und Blutprodukten
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend

Weiterentwicklung Handlungsanweisungen Pflege

Ziel	Laufende Aktualisierung der evidenzbasierten, standardisierten Handlungsanweisungen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital, Pflege
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat im Jahr 2007 ein CIRS eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

Bemerkungen

Das KSU ist Mitglied beim schweizweiten CIRNET-Netzwerk.

4.5 Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

Die aufgeführten Register sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
A-QUA CH Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine www.ssapm.ch/	2006
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	.
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2015
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	1990
Infreporting MeldeSystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	.
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch/	2011
MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	2012
SIBDCS SWISS IBD Cohort study	Gastroenterologie	UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie ibdcohort.ch/	.

SIRIS Schweizerisches Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/ siris-spine.com/	2012
SOL-DHR Schweizerisches Organ Lebendspender Gesundheitsregister	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, Nephrologie	SOL-DHR, USB Basel info@sol-dhr.ch www.sol-dhr.ch/	2013
Swissnoso SSI Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso www.swissnoso.ch	2011

Seit dem 1. Januar 2020 sind Spitäler und Kliniken sowie andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens gemäss dem neuen Bundesgesetz zur Krebsregistrierung verpflichtet, diagnostizierte Krebserkrankungen an das zuständige Krebsregister zu melden.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::		
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation
KR ZKR Zentralschweizer Krebsregister der Kantone Luzern, Uri, Ob- und Nidwalden	Alle	www.luks.ch/standorte/luzern/kliniken/pathologie/zentralschweizer-krebsregister.html

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
Lokales Traumazentrum (DGU, CertiQ)	Gesamtspital	2016	2022	Traumanetzwerk Zentralschweiz
Intensivstation (SGI)	Intensivstation	2002	2022	
EKAS (Arbeitssicherheit)	Gesamtspital	2003	2019	
REKOLE	Finanz- und Rechnungswesen	2017	2021	
IVR	Rettungswesen	2018	2018	Interverband Rettungswesen
Notfall (SGNOR)	Gesamtspital	2021	2021	Schweiz. Gesellschaft für Notfall- & Rettungsmedizin

QUALITÄTSMESSUNGEN

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und Anregungen für Verbesserungspotenziale geben.

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsklasse und subjektive Gesundheitseinschätzung erhoben.

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2022 (CI* = 95%)
	2018	2019	2021	
Kantonsspital Uri				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.17	4.07	4.20	– (–)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.63	4.54	4.70	– (–)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.63	4.46	4.70	– (–)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.74	4.48	4.70	– (–)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.04	3.90	4.20	– (–)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	90.90 %	89.90 %	91.90 %	– %
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2022				–
Anzahl eingetreffener Fragebogen	–	Rücklauf in Prozent		– %

Wertung der Ergebnisse: 1= negativste Antwort; 5 = positivste Antwort. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus haben in den Jahren 2020 und 2022, für die Akutsomatik, regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden. Die nächsten Befragungen in diesem Bereich folgen im Jahr 2023.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw.

klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne	

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im Juni – das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Patientenbefragungen

Die Weiterentwicklung der Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit ist ein zentraler Eckpfeiler unserer Spitalstrategie. Die Sicht unserer Patientinnen und Patienten wollen wir durch zeitnahe Feedbacks nutzen.

Das KSU hat mit dem Bezug des Neubaus ein neues Befragungsmanagement eingeführt. Die Befragungen laufen über ein digitales Befragungstool eines Schweizer Befragungsinstituts, welches zeitnahe, transparente Feedbacks ermöglicht. Das Konzept sieht sowohl permanente Befragungen (z.B. Austrittsbefragungen) als auch zusätzlich punktuelle Befragungen zu spezifischen Themen vor.

Nach dem Bezug des Neubaus haben wir im Sommer 2022 während zwei Monaten mittels direkter Vor-Ort-Befragungen unsere Patientinnen und Patienten zur Umsetzung unserer USP's (Alleinstellungsmerkmale) befragt und mittels qualitativer Austrittsbefragungen zur Zufriedenheit mit dem Neubau und den gemachten Erfahrungen betreffend Abläufen und Betreuung.

Im Januar 2023 haben wir mit der kontinuierlichen digitalen Austrittsbefragung gestartet. Die Ergebnisse fliessen laufend in den internen PDCA-Zyklus ein.

Diese Patientenbefragung haben wir vom 26. Juli 2022 bis 25. September 2022 durchgeführt. Die Befragung erfolgte über alle Abteilungen.

USP-Befragung: ambulante Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren.

Qualitative Austrittsbefragung: stationäre Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren.

USP-Befragung Neubau

Wir befragten unsere ambulanten Patientinnen und Patienten zu unseren definierten USP's (Alleinstellungsmerkmalen, fokussierte Themen). Die Befragung erfolgte mittels ausgebildeten InterviewerInnen vor Ort. Die gestellten Fragen wurden gezielt angepasst respektive es wurde z.B. betreffend Medikamenten nach der konkreten Handhabung nachgefragt. Entsprechend sind die folgend aufgeführten Fragen nur als "Thema" zu sehen. Pro Frage wurde ein Score zwischen 1 (sehr schlecht) bis 5 (ausgezeichnet) vermerkt.

Die Ergebnisse sind sehr erfreulich.

Frage	Score / Anz. / Komment...
Wissen Sie, mit wem Sie es zu tun haben?	★ 4.3
Fühlen Sie sich genügend informiert über Ihr aktuelles medizinisches Anliegen?	★ 4.7
Wissen Sie, wie Sie Ihre Medikamente einnehmen müssen?	★ 4.8
Wissen Sie wie es weitergeht?	★ 4.8
Wurden sie herzlich verabschiedet?	★ 4.6
Haben Sie noch etwas, das Sie mitteilen möchten?	208 comments



Qualitative Austrittsbefragung

Mittels geleiteten qualitativen Interviews befragten wir unsere Patientinnen und Patienten bei Austritt zu ihren Erfahrungen und Zufriedenheit. Die Ergebnisse zeigen eine hohe Zufriedenheit zu Betreuung, Service, Küche und Austrittsorganisation. Einzelne Abläufe wurden als noch nicht eingespielt wahrgenommen. Dies haben wir so kurz nach Bezug des Neubaus erwartet, die Feedbacks haben wir entsprechend direkt wieder in die entsprechenden Gremien und Teams einfließen lassen. Infrastruktur und Zimmer des Neubaus wurden positiv aufgenommen, verschiedene Optimierungsansätze haben wir in die weitere Bearbeitung aufgenommen.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse sind insgesamt sehr erfreulich und unterstützen die strategischen Ziele und erfolgten Massnahmen. Die Rückmeldungen zur Neubau-Infrastruktur und zu erlebten organisatorischen Defiziten ("noch nicht eingespielt") konnten wir direkt wieder in die Teams und Weiterbearbeitung nach dem Bezug des Neubaus einfließen lassen. Dies erfolgte gemäss einem strukturierten Prozess und in definierten Gremien.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swiss QualiQuest
Methode / Instrument	Swiss QualiQuest

5.2.2 Patientenfeedbacks

Patientinnen und Patienten sowie Angehörige und Besucher haben die Möglichkeit, via Webiste oder einem Kurzfeedbackbogen Rückmeldungen oder Anliegen zu melden.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.
Die Feedbackmöglichkeit besteht über das ganze Spital.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Es handelt sich um eine qualitative Erhebung (offene Antworten).

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Kurzfeedbackbogen

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Kantonsspital Uri

Qualitätsmanagement

Tobias Haefliger

Beauftragter Qualität

041 875 52 95

tobias.haefliger@ksuri.ch

Montag bis Freitag

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potenziell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist und die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.sqlape.com

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2017	2018	2019	2020
Kantonsspital Uri				
Verhältnis der Raten*	0.85	1.08	0.81	–
Anzahl auswertbare Austritte 2020:	–			

* Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potenziell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potenziell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Ab dem BFS Datenjahr 2020 findet ein Methodenwechsel statt. Gemäss Entscheid ANQ werden die Daten der Einführungsphase nicht transparent publiziert. Dies gilt für den aktuellen Qualitätsbericht 2022 (BFS-Daten 2020). Im Jahr 2023 werden dann für das BFS-Datenjahr 2021 neu die «ungeplanten Rehospitalisationen innert 30 Tagen» transparent ausgewiesen.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten (BFS MedStat) der Spitäler berechnet.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patientinnen und Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative Wundinfektionen sind unter Umständen mit schweren Beeinträchtigungen des Patientenwohls verbunden und können zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes oder einer Rehospitalisation führen.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen***.

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Nachbefragung die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst.

Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herzchirurgische Eingriffe) erfolgt die Nachbefragung 90 Tage nach dem Eingriff (sog. Follow-up).

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.swissnoso.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:
▪ Blinddarm-Entfernungen
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Kaiserschnitt (Sectio)
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2021 – 30. September 2022

Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. Dezember 2021 bis 28. Februar 2022

Aufgrund der hohen Belastung der Infektiologie/Spitalhygiene, infolge der Covid-19-Pandemie, war die Datenerfassung ab dem 1. Dezember 2021 erneut unterbrochen worden. Spitäler und Kliniken konnten die Messung auf freiwilliger Basis weiterführen. Validierungsbesuche wurden in Absprache mit den Spitalern/Kliniken fortgesetzt. Aufgrund der sich entspannenden Situation in den Institutionen, wurde die (verpflichtende) Messung zum 1. März 2022 wieder aufgenommen.

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2021/2022	2021/2022	2018/2019	
Kantonsspital Uri						
Blinddarm-Entfernungen	36	1	0.00%	0.00%	0.00%	3.60% (0.00% - 9.60%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	5	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	17	0	0.00%	6.90%	18.20%	0.00% (0.00% - 19.50%)
Kaiserschnitt (Sectio)	58	0	0.00%	1.40%	5.40%	0.00% (0.00% - 6.20%)

Die Messungen mit und ohne Implantate werden neu jeweils zeitgleich durchgeführt. Infolge der Übergangsphase können im Qualitätsbericht 2022 gleich zwei Messperioden (2020/2021 und 2021/2022) bei den Messungen mit Implantaten ergänzt werden. Jedoch wird nur die neuere Messung (2021/2022) ausführlich dargestellt. Die Ergebnisse der Messperiode mit Implantaten, vom 1. Oktober 2020 – 30. September 2021 (mit Unterbruch infolge Covid-19, 1. November 2020 bis 1. April 2021), werden bereits unter den Vorjahren aufgelistet.

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2021 – 30. September 2022

Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. Dezember 2021 bis 28. Februar 2022

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2021/2022	2021/2022	2018/2019	
Kantonsspital Uri						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	51	1	5.60%	0.00%	0.60%	2.40% (0.00% - 6.60%)

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als

wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Infektionsraten des KSU sind unauffällig. Bei der Beurteilung der Ergebnisse sind die statistisch teils tiefen Fallzahlen zu berücksichtigen. Entsprechend sind gewisse Schwankungen in den Raten normal und liegen im erwarteten Bereich.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso
--------------------------------	-----------

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen eine Blinddarmpoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

11.2 Eigene Messung

11.2.1 Nosokomiale Infektionen

Erfassung der nosokomialen Infektionen, ergänzend zur ANQ-Messung "postoperative Wundinfekte":

- Harnwegsinfektionen
- Pneumonien
- Infektionen nach zentralen Venenkathetereinlagen

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Die Erfassung erfolgt über das gesamte Spital.

Es werden alle Patientinnen und Patienten erfasst.

Die Messungen werden regelmässig mit den Klinikleitungen und der Infektiologie besprochen.

Die Ergebnisse sind unauffällig.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Klinikinternes Erfassungstool (KIS)
---	-------------------------------------

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patientinnen und Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind. Demzufolge handelt es sich um eine Periodenprävalenzmessung und um keine Vollerhebung.

Weitere Informationen:

www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

Messergebnisse

	2018	2019	2022
Kantonsspital Uri			
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	1	0	0
In Prozent	2.90%	0.00%	0.00%
Residuum* (CI** = 95%)			-0.11 (-0.76 - 0.55)
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022	23	Anteil in Prozent (Antwortrate)	
			46.00%

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Stürzen auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Sturzereignissen hin. Negative Werte lassen eine geringere Anzahl Sturzereignisse gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

** CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Sturzraten im KSU sind seit Jahren unauffällig.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Interne Messung Sturz

Das KSU erfasst kontinuierlich alle Sturzereignisse im Spital. Daraus werden allfällige Massnahmen zur aktuellen und zukünftigen Sturzprävention abgeleitet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Die Messung erfolgt im gesamten Spital.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Kennzahlenaufbereitung wird zurzeit überarbeitet. Die Ergebnisse sind unauffällig.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	PORaBo
Methode / Instrument	PLEM

13 Dekubitus

Ein Dekubitus (sog. Wundliegen/Druckgeschwür) ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften.

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patientinnen und Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Dekubitus. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

Messergebnisse

Anzahl Patienten mit Dekubitus		Vorjahreswerte		2022	In Prozent
		2018	2019		
Kantonsspital Uri					
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)			-0.07 (-0.91 - 0.77)	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022	23	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		46.00%	

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Dekubitus auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Dekubitus hin. Negative Werte lassen eine geringere Dekubitushäufigkeit gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

** CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Dekubitusraten sind unauffällig.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

13.2 Eigene Messungen

13.2.1 Interne Messung Dekubitus

Das KSU erfasst kontinuierlich alle Dekubitusereignisse im Spital. Daraus werden Massnahmen zur aktuellen und zukünftigen Dekubitusprävention abgeleitet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.
Die Erhebung erfolgt im gesamten Spital.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Kennzahlenaufbereitung wird zur Zeit überarbeitet. Die Ergebnisse sind unauffällig.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	PORaBo
Methode / Instrument	PLEM

17 Weitere Qualitätsmessungen

17.1 Weitere eigene Messungen

17.1.1 Interne Messungen

Neben den oben aufgeführten kontinuierlichen internen Messungen führt das Kantonsspital Uri bereichsspezifisch weitere Messungen und Evaluationen durch. Die Ergebnisse fließen mittels entsprechender Controlling-Instrumente in übergeordnete Qualitätsgefässe ein.

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Eine sinnvolle Eindordnung der Detailergebnisse ist im Rahmen dieses Qualitätsberichts nicht möglich.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

17.1.2 Punktprävalenzstudie HAI

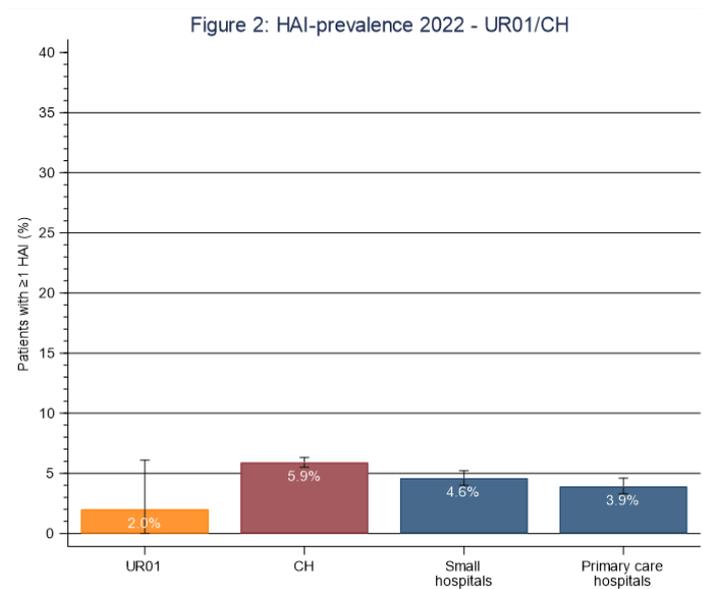
Die Vermeidung von Infektionen im Rahmen eines Spitalaufenthalts sind ein zentraler Fokus der Spitalhygiene und -infektiologie. Die in Kapitel 11 aufgeführten standardisierten Messungen der postoperativen Infektionen sind ein wichtiges Messinstrument hierzu. Swissnoso führte 2017 und 2022 zusätzlich eine nationale Punktprävalenzstudie "healthcare associated infections (HAI)" durch. Neben den Infektionen wird auch der Einsatz von Antibiotika erfasst. Die Studie läuft im Rahmen der nationalen Strategie NOSO und dient der Abschätzung des Ausmasses von HAI und des Einsatzes von Antibiotika und der entsprechenden Analyse von Strategien. Die Teilnahme ist freiwillig.

Das KSU hat 2022 an der Messung teilgenommen.

Diese Messung haben wir vom 1.4.2022 bis 30.6.2022 durchgeführt.

Die Punktprävalenzerhebung erfolgte an einem Tag innerhalb der Messperiode über das ganze Spital.

Die Ergebnisse des KSU sind sehr gut. Die Infektionsrate liegt unter dem Schweizer Durchschnitt. Es gilt zu beachten, dass es sich um eine Punktprävalenzmessung handelt. Die Fallzahlen sind daher klein. Die Studie zielt entsprechend weniger auf das einzelne Spital. Das KSU wird 2023 erneut an der Messung teilnehmen.



Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso
Methode / Instrument	Nationale Punktprävalenzstudie

18 Projekte im Detail

In diesem Kapitel können Sie sich über die wichtigsten Qualitätsprojekte informieren.

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Neubau KSU

2022 stand ganz im Rahmen der Vorbereitungen und des Bezugs des Neubaus KSU im Sommer 2022.

Der Spitalbetrieb orientiert sich dabei primär an den Bedürfnissen der Patienten, aber auch an Wertschöpfungsaspekten. Im Fokus stehen insbesondere effiziente Betriebsprozesse, interprofessionelle Zusammenarbeit, optimale Patientenwege und hohe Qualität sowohl im medizinischen Angebot, der Hotellerie und der Pflege.

Bei der Architektur und der Materialien wurden zum Wohle der Patienten und Mitarbeitenden die anerkannten Grundsätze der "Healing Architecture" berücksichtigt.

Mit dem Neubau änderten sich auch Organisation und Abläufe. In den letzten Jahren wurden zahlreiche konkrete Projekte initialisiert und umgesetzt, mit welchen die Prozesse im Neubau wesentlich verbessert werden. Mit dem Bezug des Neubaus setzten wir uns klare Ziele, die erarbeiteten neuen Patienten- und Supportprozesse zu festigen und im Alltag zu leben.

18.1.2 Neues Befragungskonzept

In 2022 haben wir mit einem neuen Befragungskonzept und einem neuen Befragungsinstrument eines erfahrenen Schweizer Befragungsunternehmens gestartet.

Befragungskonzept und Befragungsinstrument dienen uns als wichtiger Eckpfeiler zu Umsetzung der strategischen Ziele Patientenzentrierung und Ergebnisqualität.

Das Konzept sieht sowohl standardisierte Austrittsbefragungen wie auch spezifische Punktbefragungen vor. Die Ergebnisse sind sofort abrufbar und schaffen Transparenz und Verbindlichkeit. Somit dient uns das Befragungsinstrument zum einen als Leistungsausweis gegenüber unseren Patientinnen und Patienten und der Öffentlichkeit, es ermöglicht uns aber auch, die Befragungen und Ergebnisse als Führungsinstrument aktiv und gezielt zu nutzen.

Mit dem Bezug des Neubaus haben wir zwei erste Punktbefragungen durchgeführt und unsere ambulanten und stationären Patientinnen und Patienten vor Ort nach ihrem Patientenerlebnis und der Qualität der Abläufe und der Infrastruktur befragt. Die Ergebnisse gaben uns ein zeitnahes Feedback, was gut läuft und was noch nicht, und flossen umgehend in die entsprechenden Gefässe ein. Im Januar 2023 starteten wir mit der stationären Austrittsbefragung.

Das neue Befragungsinstrument hat sich bisher bewährt. Das Instrument und die Nutzung der Ergebnisse werden in 2023 weiterentwickelt.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022

18.2.1 Teilprojekte Neubau KSU

Der Fokus der Aktivitäten des KSU lag 2022 in den Vorbereitungen und dem Bezug des Neubaus KSU im Sommer 2022.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Rezertifizierung Traumazentrum

Das KSU ist lokales Traumazentrum DGU im Netzwerk Zentralschweiz.

Im Dezember 2022 erfolgte die erfolgreiche Rezertifizierung. Erstmals im neuen Spitalgebäude.

19 Schlusswort und Ausblick

Die im Kapitel "Qualitätsstrategie" aufgezeigte Verankerung der Qualität im KSU zeigt, dass die Qualität der Leistungen für das KSU höchste Priorität hat. Die zahlreichen Massnahmen, die in den letzten Monaten zur Wahrung der Qualität initiiert und teilweise bereits umgesetzt wurden, verdeutlichen diese - im Übrigen seit jeher bestehenden - Anspruchshaltung.

Der Bezug des Neubaus KSU im Sommer 2022 ist für uns ein Meilenstein nicht nur in architektonischer Sicht, sondern besonders darin, wie wir zukünftig arbeiten und unseren Patientinnen und Patienten begegnen wollen: lean und patientenorientiert. Mit dem Bezug des Neubaus setzen wir uns klare Ziele, die erarbeiteten neuen Patienten- und Supportprozesse zu festigen und im Alltag zu leben.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinfo.ch und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Schwere Hauterkrankungen
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Kraniale Neurochirurgie
Spinale Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien

Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Autologe Blutstammzelltransplantation
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Herz
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Knochentumore
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und \geq 2000g)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und \geq 2000g)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)
Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

Beteiligte Gremien und Partner

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität (FKQ), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform www.spitalinfo.ch nahe zu legen.

Weitere Gremien



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

Siehe auch: www.anq.ch



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW):

www.samw.ch.